

INFORME ACERCA DE LA CALIDAD Y COBERTURA DE LAS ESTADÍSTICAS VITALES Y SOBRE ESTUDIOS DE MORTALIDAD INFANTIL EN CUBA

Ruth Puffer*

El objetivo de la visita a Cuba fue estudiar los procedimientos utilizados para mejorar la calidad de las estadísticas vitales, con especial referencia a los nacimientos de bajo peso y para observar la importancia adscrita a las estadísticas, sobre todo a las que se refieren a la salud de la madre y el niño.

SUMARIO DE LAS CONCLUSIONES

En 1967 y 1969 fueron introducidos cambios importantes en la legislación y reglamentación del sistema de estadísticas vitales y se le dio mayor atención al registro de nacimientos y defunciones en edad temprana. La responsabilidad por el llenado de los certificados de nacimiento y defunción ha sido entregada a los hospitales y otras instituciones del Ministerio de Salud antes de que se otorgue el permiso de enterramiento. Los manuales de estadísticas de los hospitales llevan incorporados instrucciones para el llenado de los certificados de nacimiento y defunción. El registro de nacimiento y defunción ha pasado a ser, entonces, una responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, lo que es un requisito esencial por medio del cual los servicios de salud aseguran la disponibilidad de datos básicos para el conocimiento de los problemas de salud y para planificar sus actividades.

Como resultado de dichas leyes, reglamentos y procedimientos, que son bien conocidos y respetados, se estima que el registro de nacimientos y defunciones en Cuba es prácticamente completo. La tasa de mortalidad infantil de 28,7 por 1 000 nacidos vivos para 1972 es notablemente baja y constituye un indicador fino del progreso alcanzado en la salud de la madre y el niño.

Se ha prestado atención al peso al nacer y especialmente al registro de aquellos nacimientos de bajo peso que ocurren en las instituciones. Basados en datos de los hospitales, donde en 1972 ocurrieron el 93,8 % de los nacimientos vivos en Cuba, se estima que en dicho año el 11,5 % de los nacimientos vivos fueron prematuros, o sea, de 2,500 gramos y menos. El ítem peso al nacer fue agregado al certificado de nacimiento en 1971 y muy pronto se dispondrá de datos al respecto para todo el país.

Las dos investigaciones sobre mortalidad perinatal en gran escala llevadas a cabo en 1973, un estudio nacional cubano y el estudio internacional de OMS, permitirán llevar a cabo análisis valiosos de los factores múltiples responsables y servirán de base a acciones para una ulterior reducción de la mortalidad infantil hasta llegar a la meta de 20,0 por 1000 nacidos vivos fijada para 1980.

INFORME ACERCA DE LA CALIDAD Y COBERTURA DE LAS ESTADÍSTICAS VITALES Y SOBRE ESTUDIOS DE MORTALIDAD INFANTIL EN CUBA

1-8 de marzo, 1974

El objetivo de la visita a Cuba fue estudiar los procedimientos utilizados para mejorar la calidad de las estadísticas vitales, con especial referencia a los nacimientos de bajo peso y para observar la importancia adscrita a las estadísticas, sobre todos a las que se refieren a la salud de la madre y el niño.

Debido a cambios importantes introducidos por ley y reglamentaciones en las estadísticas vitales, este tema será tratado con mucho detalle. También se ofrecen comentarios de las dos amplias investigaciones sobre mortalidad perinatal realizadas en 1973, que permitirán llevar a cabo análisis valiosos para la comprensión de los factores responsables de la mortalidad en la edad temprana y para incorporar acciones que eviten tales pérdidas.

ESTADÍSTICAS VITALES

Una mortalidad infantil notablemente baja, de 28,7 muertes por 1 000 nacidos vivos, se alcanzó en Cuba en 1972. La tabla muestra las tasas de mortalidad infantil por períodos de edad para 1971 y 1972. La tasa provisional de mortalidad infantil para 1973 es de 27,4. En

* Consultora de la Organización Panamericana de la Salud.

1972 la tasa de mortalidad neonatal de 19,2 fue dos veces superior a la tasa de mortalidad postneonatal de 9,5 por 1 000 nacidos vivos. Estas tasas, así como la baja tasa de 1,0 por 1 000 habitantes para el grupo de edad de 1 a 4 años, son muy favorables. La tasa de natalidad para Cuba ha declinado en años recientes desde una alta tasa de 36,3 por 1 000 habitantes en 1964¹ a la baja tasa de 28,4 en 1972. Durante el período 1958 a 1972 se dirigieron esfuerzos para el mejoramiento del registro lo que fue evidente por el incremento en la tasa de natalidad que pasó de 27,3 en 1958 a 36,3 en 1964, seguida de una reducción hasta la tasa baja de 1972.

Durante los años recientes se ha prestado mayor atención al registro de nacimientos y defunciones en edades tempranas de la vida. La tabla muestra que ha ocurrido un incremento de la mortalidad neonatal de 17,6 en 1960, a 22,0 por 1000 nacidos vivos en 1971, seguido de una reducción hasta 19,2 en 1972. La tasa de mortalidad en el primer día de vida aumentó de 3,5 en 1960 a 7,5 en 1971, una tasa más del doble que la de 1960. Sin embargo, la tasa de mortalidad postneonatal declinó de 20,4 en 1960 a 9,6 por 1 000 nacidos vivos en 1971. Estos cambios son el resultado tanto de mejoramientos en el registro como de mejoramientos en las condiciones de salud.

TABLA 1. Datos seleccionados sobre estadísticas vitales^a para 1971 y 1972 en Cuba

	1971		1972	
	No.	Tasa	No.	Tasa
Población estimada	8 602 987		8 743 000*	
Total de defunciones	52 299	6,1		
Total de nacimientos	260 601	30,3	247 997	28,4*
Defunciones infantiles	9 355	35,9	7 129	28,7
Defunciones neonatales	5 739	22,0	4 752	19,2
-1 día	1 964	7,5	1 836	7,4
1-6 días	2 291	8,8	2 050	8,3
7-27 días	1 484	5,7	866	3,5
Postneonatal	3 616	13,9	2 377	9,6
1-4 años	912	1,0	969	1,0*

^aLas tasas de menores de 1 año por 1 000 nacidos vivos; las demás por 1 000 habitantes.

* Estimados

Fuente: Tablas preparadas para OPS/OMS.

TABLA 2. Tasa de mortalidad infantil^a por grupo de edad, para cuatro años en Cuba

Grupo de edad	1960	1968	1971	1972
Menos de 1 año	38,0	39,0	35,9	28,7
Neonatal (menos de 28 días)	17,6	23,1	22,0	19,2
-1 día	3,5	5,5	7,5	7,4
1-27 días	14,1	17,6	14,5	11,8
Postneonatal (28 días-11 meses)	20,4	15,9	13,9	9,6

^aDefunciones por 1 000 nacidos vivos

Fuente: Datos para 1960 y 1968 de Alvarez y Sánchez.²

Las leyes y reglamentaciones que entregaron la responsabilidad del llenado de los certificados de nacimiento y defunción a los hospitales constituyeron cambios legales importantes para el mejoramiento del registro de nacimientos y defunciones. La Resolución No. 169 de 1967 del Ministerio de Salud Pública incluye las siguientes indicaciones importantes para el registro de nacimientos:

“Primero: La inscripción del nacimiento se practicará en las Oficinas del Registro del Estado Civil o en las instituciones de asistencia médica del Ministerio de Salud Pública.”

“Segundo: Cuando el parto tuviere lugar en una institución de asistencia médica del Ministerio de Salud Pública, la inscripción del recién nacido se practicará en la propia institución, siempre antes del egreso del recién nacido y dentro de un término máximo de 20 días posteriores al parto.”

También las instrucciones para llenar el modelo oficial de inscripción de nacimiento de julio 16, 1971, incluyen en el certificado «peso al momento de nacer» y «último año de enseñanza aprobada» y «el número de hijos vivos que ha tenido la madre». Este requisito de que el certificado de nacimiento sea llenado en el hospital, siempre antes del egreso del recién nacido, es muy importante, así como el asignar la responsabilidad del llenado al hospital, más que a la familia.

De acuerdo con la Instrucción General No. 109 del Ministerio de Salud Pública del 21 de enero de 1969, "Todo Certificado de Defunción o Defunción Fetal (desde 1973 Perinatal), cualquiera que sea su origen o tipo, deberá pasar obligatoriamente por un centro de registro o recolección del Ministerio de Salud Pública (hospitales o policlínicas). Este trámite es previo al del permiso de enterramiento".

Por lo tanto, el registro de defunciones es una responsabilidad del Ministerio de Salud Pública. El original del certificado de defunción se trasmite al Ministerio de Salud Pública, al mismo tiempo que una copia sirve para tramitar el enterramiento y para la oficina del Registro Civil. Para las defunciones fetales se viene usando desde 1973 el Certificado de defunción perinatal. Los certificados de las defunciones que ocurren tanto en el hogar como en los hospitales del Ministerio de Salud Pública deben ser registrados en policlínicos u hospitales del Ministerio de Salud Pública y los originales son transmitidos para su procesamiento y tabulación al Ministerio en La Habana.

Los manuales para estadísticas de hospitales³ y para policlínicos⁴ incorporan instrucciones sobre el llenado de los certificados de nacimiento y defunción. Es así como el registro de nacimiento y defunción se ha convertido en una responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, lo que constituye un requisito esencial con lo cual los servicios de salud se aseguran la disponibilidad de datos básicos para el conocimiento de los problemas de salud y para planificar sus actividades.

En 1972 se estimó que 93,8 por ciento de los nacidos vivos ocurrieron en instituciones,⁵ 96,6 por ciento de los nacimientos vivos y defunciones fetales registrados en el estudio perinatal,⁶ en 1973, ocurrieron en unidades con servicio de atención médica.

Un informe de Ríos⁷ intitulado Calidad de Registro de Peso al Nacimiento provee datos sobre el incremento en prematuridad, de 5,8 por ciento en 1963 a 9,9 por ciento en 1971, a partir de información disponible en las instituciones, lo que se debe, esencialmente, al mejoramiento de la calidad del dato sobre peso al nacer. La variación en las 7 provincias de Cuba, en 1971, fue de 7,2 por ciento de nacidos vivos prematuros en Camagüey a 10,8 por ciento en la Habana y 11,3 por ciento en Oriente Sur.

En otro informe Ríos⁸ intitulado Indicadores del Servicio de Recién Nacidos ella destaca la importancia de analizar las defunciones según peso al nacer y días de vida y el uso de las proporciones de defunciones y nacimientos por grupos de peso para medir la calidad de los servicios de recién nacidos. Para 5 servicios de hospitales cerrados de «buena calidad de registros» ella obtuvo la siguiente distribución de nacidos vivos por peso al nacer y las tasas de mortalidad respectivas por 100 nacidos vivos (defunciones en hospitales):

Peso en gramos	Nacidos vivos (proporción)	Defunciones por 100 nacidos vivos
500-1 000	0,4	90,6
1 001-1 500	0,8	60,3
1 501-2 000	2,2	20,1
2 001-2 500	8,5	2,6
Subtotal	11,9	12,9
2 500 y más	88,1	0,4
Total	100,0	1,9

También para tres servicios de hospitales cerrados ella obtuvo la siguiente tasa de mortalidad por 1 000 nacidos vivos (defunciones en dichas instituciones) por edad al morir: - 1 día, 9,2; 1 día, 3,3; 2 y 3 días, 3,4; Total: 15,9.

En otras tablas de servicios de hospitales cerrados, en 1971, Ríos mostró tasas bajas de mortalidad para nacidos con pesos de 1 000 g o menos y tasas de mortalidad bajas en el primer día de vida -lo que probablemente indica subregistro de defunciones en las primeras 24 horas de vida y también deficiencia en el número de nacimientos de bajo peso. Su conclusión final fue: «3) Es necesario que se haga un análisis detallado de los indicadores de cada servicio por su equipo de trabajo comparando los mismos con lo presentado como estructura patrón para este momento y que la misma puede variar, y buscar dónde están las deficiencias para

superarlas..." Este es un uso refinado de la tasa de mortalidad en el primer día de vida y también de otros indicadores de la calidad del registro de estos eventos vitales, en un todo de acuerdo con las definiciones de la OMS.

Con el fin de evaluar los procedimientos de registro se visitaron varios hospitales: "América Arias", "Enrique Cabrera" y "William Soler" en La Habana, y el Hospital de Güines, y se hicieron tabulaciones manuales de los datos recolectados sobre defunciones perinatales en el estudio internacional (OMS) para la Provincia de La Habana y la Provincia de las Villas y directamente del libro de partos en Güines. Fue evidente el marcado interés en la reducción de la mortalidad infantil en todas las instituciones visitadas y los procedimientos eran bien conocidos y seguidos por los estadísticos y administradores. La falta de tiempo no permitió hacer visitas a áreas rurales.

En las tabulaciones que hicimos de datos, de cuatro meses en La Habana y tres meses en las Villas, del estudio de mortalidad perinatal, la tasa de mortalidad en el primer día de vida fue ligeramente menor que la esperada, 7,0 por 1 000 nacidos vivos en La Habana y 6,5 en las Villas. Las tasas de mortalidad para la primera semana de vida fueron 13,8 y 18,6 en La Habana y las Villas, respectivamente. Las tasas quizás sean mayores para todo el año 1973. Dado que ambos programas de investigación perinatal utilizan datos de 1973 es importante estar seguros de que las tasas de mortalidad son del orden esperado, ello es de por lo menos 7,5 por 1000 nacidos en el primer día de vida. Tan pronto como sea posible debieran hacerse tabulaciones de estas defunciones en el primer día y en la primera semana de vida, por provincias, y debieran calcularse tasas de mortalidad para evaluar los procedimientos. La tasa de 9,2 por 1 000 nacidos vivos utilizada como meta por Ríos⁷ quizás no pueda obtenerse para todo el país.

Tal como fue señalado en la Investigación Interamericana de Mortalidad de la Niñez, fueron encontradas defunciones no registradas y se las incluyó en todos los proyectos, con la excepción del proyecto de California donde tal búsqueda no se llevó a cabo. En las investigaciones de mortalidad perinatal en Cuba son aconsejables tabulaciones exploratorias, por áreas y provincias, para estar seguros de que el registro es lo más completo posible. A través del estudio de los procedimientos en uso y de la documentación disponible se estima que el registro de nacimientos y defunciones es prácticamente completo en Cuba. Un comentario sobre este punto será enviado a las Naciones Unidas recomendando la eliminación de letras bastardillas para los datos de Cuba en las tablas del Anuario Demográfico. Las letras bastardillas indican que los datos de los registros civiles son incompletos o de confiabilidad desconocida.

Los programas de salud materno-infantil proveen leche para las mujeres embarazadas y para los niños. Tales programas pueden haber tenido efecto sobre los pesos al nacer. También la frecuencia de pesos bajos al nacimiento puede diferir en diferentes áreas del país. El análisis de los nacidos según el peso al nacer para distintas áreas de Cuba sería útil en el estudio de este problema. (Tales estudios son posibles ya que dichos datos son obtenidos en los certificados de defunción desde 1971.)

En el hospital en Güines se estimula la lactancia materna y es ya un hábito generalizado con los recién nacidos en el hospital. Sin embargo, no pudimos conocer la frecuencia y duración de la lactancia materna en La Habana.. Se enviarán copias adicionales de El valor incomparable de la leche materna, editado por Jelliffe, tan pronto se disponga de un nuevo tiraje de esta publicación.

En todas las visitas e informes se hizo evidente los grandes esfuerzos que se llevan a cabo para reducir la mortalidad infantil. Se ha fijado la meta⁶ de 20,0 por 1 000 nacidos vivos para la tasa de mortalidad infantil en 1980. Se da atención prioritaria a la mujer embarazada que presenta riesgo de tener un niño que puede morir. Los riesgos son similares a los establecidos por el estudio de la Academia Nacional de Ciencias.⁹ Sin embargo, se llevan a cabo estudios sobre mortalidad perinatal en busca de métodos de reducir la mortalidad, los que se pasan revista brevemente en la próxima sección.

INVESTIGACIONES DE MORTALIDAD PERINATAL

Dos grandes investigaciones de mortalidad perinatal proveerán datos valiosos para el análisis de los múltiples factores causales. El estudio cubano de mortalidad perinatal incluye los siguientes datos para 3 periodos de tiempo.

1. Nacimientos, defunciones fetales tardías y defunciones en la primera semana de vida ocurridas en la primera semana de marzo de 1973. En este período se produjeron 4 435 nacidos vivos de 1 000 g. o más y 107 defunciones perinatales (desde las 28 semanas de gestación hasta el final de la primera semana de vida), pero solo incluyendo defunciones con 1 000g. de peso o más. De estas defunciones 56 ocurrieron en la primera semana de vida y la tasa de mortalidad para este períodos fue de 12,1 por 1 000 nacidos vivos.
2. Nacimientos de bajo peso al nacer, 1000-2429 gramos, ocurridos en el mes de marzo de 1973.

3. *Defunciones perinatales ocurridas en un período de 3 meses (marzo, abril y mayo de 1973). De las defunciones registradas en este período 1 511 fueron informadas también en la investigación, indicando por lo tanto solo una ligera deficiencia de 0,9 por ciento. De las defunciones perinatales registradas 246 ó 13,9 por ciento, fueron productos con pesos de menos de 1 000g. (defunciones fetales y defunciones neonatales precoces) y por lo tanto no fueron incluidas en la investigación. En la provincia de La Habana el porcentaje fue mayor, 19,9 por ciento. El análisis de este material recolectado en los tres períodos será una importante contribución al conocimiento de los factores responsables de la mortalidad perinatal. En adición a la gran cantidad de información obtenida en los hogares acerca de la madre y su historia reproductiva, historia obstétrica y datos acerca del parto y de lo sucedido con todos los nacimientos y defunciones fetales de 1 000g. y más para la primera semana de marzo, se obtuvieron datos de autopsia prácticamente para todas las funciones en el período de 3 meses (99,2 por ciento).*

Los procedimientos para la investigación se presentan en un documento, Investigación de mortalidad perinatal. Metodología.¹⁰ El estudio de Cuba es similar en muchos aspectos a la bien conocida Encuesta de Mortalidad Perinatal Británica, 1958, publicada en 2 volúmenes (11 y 12) en 1963 y 1969. El doctor Neville Butler, que dirigió la Encuesta Británica, está sirviendo como consultor.

La cohorte de nacimientos ocurridos en la primera semana de la investigación está siendo estudiada longitudinalmente y se podrán establecer comparaciones con el estudio en la Ciudad de Nueva York sobre la mortalidad infantil en una cohorte de 142 017 nacimientos vivos.

Hemos sugerido que en esta investigación de mortalidad perinatal en Cuba se incluyan las tasas de defunciones tempranas (menos de 7 días) y no solamente las del período perinatal completo. Por muchos años todavía el registro de defunciones fetales será incompleto en muchas áreas de las Américas. Las comparaciones de tasas de mortalidad del primer día y de la primera semana de vida serán por lo tanto muy valiosas.

La segunda investigación es parte del estudio perinatal de la OMS. Se han recolectado datos de todas las defunciones perinatales y nacimientos vivos para el año 1973 y enviado copia a la OMS en Ginebra, incluyendo los de pesos al nacer de menos de 1 000 g. Debe hacerse en Cuba tabulaciones y análisis de esta valiosa información, tan pronto como sea posible. Las tabulaciones preliminares, por área y por provincia, permitirán evaluar la cobertura del registro. Si alguna evidencia indica una insuficiencia en cualquier área, sería aconsejable una investigación local (como se hizo en la Investigación Interamericana de Mortalidad de la Niñez) y cualquier defunción descubierta debiera incluirse. Aunque esto no es probable que suceda, es aconsejable estar siempre alerta para reconocer omisiones, como lo ha señalado Ríos⁸, para poder estar seguros de que los datos son completos.

En el estudio cubano de mortalidad perinatal no se incluyeron las defunciones de la primera semana de vida, las defunciones fetales y el denominador, nacimientos vivos, si el peso era de 1 000 g. o menos. Se considera que en Cuba la proporción de nacimientos vivos de bajo peso al nacer es 11,5 por ciento y en el ejemplo de los servicios de hospitales cerrados fue de 11,9 por ciento. En la última experiencia de servicios hospitalarios cerrados, 20,7 por ciento de las defunciones neonatales precoces fueron de niños cuyo peso al nacer fue de 1 000 g. o menos. En el proyecto de California, de la Investigación Interamericana, 35,9 por ciento de las defunciones neonatales ocurridas en hospitales eran de niños que pesaban 1 000 g. o menos al nacer. También en el estudio de la Ciudad de Nueva York (Academia Nacional de Ciencias) 29 por ciento de las defunciones infantiles fueron de niños en este grupo de bajo peso. Por dichas razones, en la búsqueda de causas de bajo peso al nacer puede resultar valiosa la inclusión de estas muertes de niños de muy bajo peso. Como fue señalado en el estudio de la Ciudad de Nueva York se requiere más investigación «para determinar el riesgo a que está expuesta la mujer individual y orientarla hacia los servicios apropiados que van a disminuir la probabilidad de que de a luz a un niño de bajo peso al nacer o no viable”.

Está aumentando la evidencia de que la frecuencia de los nacimientos de bajo peso es relativamente alta en Latino América (11,5 por ciento en Cuba). Tabulaciones manuales hechas en maternidades en Recife, San Salvador y la Ciudad de México mostraron porcentajes del orden del 12 al 15. Estas frecuencias son mayores que en Inglaterra y Gales (7,4 por ciento) y en países de Europa de tasas bajas, como los Países Bajos y Suiza con tasas del orden del 5 por ciento. Reconocemos que difieren las opiniones acerca del valor de incluir estos nacimientos y defunciones de muy bajo peso en estudios de mortalidad perinatal. Parece que la razón puede ser la falta de datos sobre peso al nacer en muchos países y el fracaso experimentado en distintos lugares al pretender adherirse estrictamente a las definiciones de OMS.

No solamente es alta en las Américas la frecuencia de estos nacimientos de bajo peso, sino que también algunos de esos niños sobreviven. Por ello no parece aconsejable excluir tales productos de bajo peso de las estadísticas y de la investigación. Oportunamente enviaremos a la OMS comentarios acerca de la magnitud del problema de los nacimientos de bajo peso al nacer debieran ser incluidos en nuestras estadísticas oficiales.

COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES

En el artículo preparado como referencia para la Reunión del Comité de Expertos para el Mejoramiento de Estadísticas Demográficas de Naciones Unidas¹³ se recomendaron 8 acciones específicas para el mejoramiento de los sistemas de registro. De hecho, en Cuba, casi todas estas acciones han sido ya tomadas por el Ministerio de Salud Pública. Estas incluyen: 1) el establecimiento de oficinas de registro en los hospitales, entregando a los mismos las responsabilidades de la certificación de nacimientos, defunciones y defunciones fetales; 2) inclusión de peso al nacer, orden de nacimiento, edad de la madre y residencia en los certificados de nacimiento; 3) utilización de las definiciones de OMS de nacido vivo y muerte fetal y programas educativos para el conocimiento de estas definiciones.

Las tabulaciones de nacidos vivos por peso al nacer, orden de nacimiento y grupos de edad materna para tres años, 1971, 1972 y 1973 deberán proveer datos básicos excelentes con respecto a prematuridad en Cuba. Un informe sobre los hallazgos de estas tabulaciones sería valioso para el Boletín de la Organización.*

Se sugiere también que se comparen los datos sobre defunciones neonatales precoces del estudio internacional de mortalidad perinatal, con los hallazgos de unos pocos proyectos de la Investigación Interamericana de Mortalidad de la Niñez y que se publique un informe de ello en el Boletín. Uno de los valores especiales de dicho informe sería el análisis de la mortalidad del primer día y de la primera semana de vida según peso al nacer.

Dado que los certificados de defunción, especialmente los que corresponden a muertes en edad temprana, son completados en hospitales donde se dispone de resultados de autopsia, la calidad de la certificación médica en Cuba puede ser excelente, si es que todos los datos clínicos y patológicos se utilizan en el llenado. Los estudios sobre causas múltiples de defunción, utilizando, dicha información, serían valiosos para el conocimiento de la interacción de causas. Ambos factores, agente y huésped, son determinantes para el porvenir de cada caso y esas interrelaciones pasarán a ser aun más importantes en el futuro.

En Cuba se desarrollan cursos breves o seminarios especiales sobre estadísticas hospitalarias. En abril de 1974, se ofrecerá un curso de dos semanas para 40 obstetras y pediatras, y en 1975 para directores y subdirectores de hospitales. Sería útil que se invitara a participar de los mismos a un miembro del staff de OPS/OMS. Tales cursos serían recomendables en otros países, para estimular la recolección y estudio de datos sobre productos del embarazo, medición de los problemas de la prematuridad y establecimiento de procedimientos en los hospitales para el registro de nacimientos y defunciones.

La Escuela de Salud Pública ha adiestrado a muchos técnicos en estadística (alrededor de 300) en cursos llevados a cabo en las provincias. Este programa ha sido probablemente decisivo para alcanzar la cobertura total y la alta calidad del sistema de estadísticas vitales. También se preparan médicos especializados en estadísticas para investigación, a través de cursos en la Escuela de Salud Pública, de una duración de 3 años. Este programa traerá beneficios importantes en el futuro para la investigación orientada hacia la comunidad.

La octava recomendación en el documento de referencia¹³ fue la de desarrollar estudios centrados en la comunidad para descubrir permanentemente los problemas de salud y proveer soluciones. Ese tipo de investigación centrada en la comunidad está siendo ya desarrollada en Cuba y las perspectivas para la investigación en el futuro son excelentes. La preparación de médicos especializados en estadísticas y técnicos en estadísticas, así como de trabajadores de salud en muchos campos, beneficia mucho a la investigación centrada en la comunidad que aporta conocimientos sobre los problemas de salud y su solución y contribuye también a mejorar la calidad de las estadísticas vitales.

AGRADECIMIENTOS

El Dr. Francisco Rojas Ochoa y la Lic. Eneida Ríos, de la Dirección Nacional de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública de Cuba, responsables del desarrollo del sistema de estadísticas vitales tan refinadas con que cuenta dicho país, prestaron su ayuda en todas las fases de las actividades, lo que hizo posible revisar el sistema en corto tiempo.

Dr. José Coll, Consultor Zonal en Estadística de la OPS/OMS, acompañó al Consultor responsable de este informe y ayudó también en estas actividades.

Se deja constancia y se agradece la cooperación y ayuda brindada por el doctor Rojas Ochoa y la licenciada Ríos y el doctor Coll.

* Más tarde sería aconsejable incluir el número de defunciones fetales (en los certificados de nacimiento) para que el orden de nacimientos se refiera al total de productos del embarazo, incluyendo tantas defunciones como nacimientos vivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas Ochoa, F. La Estadística en Obstetricia y Ginecología. (Typed report).
2. Alvarez VL, Sánchez CR. Un aspecto de importancia en el análisis de la mortalidad infantil. Rev. Cub. Pediat. 1972;44 (jul - dic):71-84.
3. Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Estadística. Normas de estadística para hospitales, de Cuba, 1972.
4. Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Estadística. Normas de Estadística para Policlínicas, de Cuba, 1972.
5. Ministerio de Salud Pública de Cuba, Dirección General de Estadística. Obstetricia, 1972.
6. La atención materno infantil y la reducción de la mortalidad perinatal en Cuba. Informe de un grupo de trabajo del Ministerio de Salud Pública de Cuba para el Congreso del Instituto Mexicano del Seguro Obrero, México, enero 1974.
7. Ríos M. Calidad de registro de peso. Ministerio de Salud Pública de Cuba, Dirección General de Estadística, 1973.
8. Ríos M. Indicadores del servicio de recién nacidos. Ministerio de Salud Pública de Cuba, Dirección General de Estadística, 1973.
9. Kessner DM, Singer J, Kalk CE, Schlesinger ER. Infant deaths: An analysis by maternal risk and health care. National Academy of Sciences, Washington, DC, 1973.
10. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Investigación de mortalidad perinatal. Metodología, 1973.
11. Butler NR, Bonham DG. Perinatal Mortality. Londres: E & S Livingston Ltd., 1969.
12. Butler NR, Alberman ED. Perinatal Problems, Londres: E & S Livingston Ltd., 1969.
13. Puffer RR, Serrano CV. Essential Basic Data on Births and Deaths for Health Planning and Demographic Statistics. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, March 1974. Title in Spanish - Datos básicos sobre nacimientos y defunciones esenciales para la planificación de salud y las estadísticas demográficas.